Diss.

Lane Medical Library

Die Behandlung der Leistenbubonen.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 16. März 1903

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Curt Adam

approb. Arzt aus Berlin.

OPPONENTEN:

Herr Dr. med. Selberg, I. Ass. am Augustahospital.
- Dr. med. Koll, Ass. a. d. Univ.-Aug.-Klin.
- Boltze, Referendar.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

L. f. V.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **König.**

Meinen teuren Eltern

in Dankbarkeit zugeeignet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/diebehandlungder0000curt

Da sich die vorliegende Arbeit nur mit der Behandlung der Leistenbubonen beschäftigt, so werden wir im ersten Teil die Methoden der Behandlung und ihre Technik, im zweiten Teil die Indicationsstellung oder die zweckmässige Anwendungsweise der verschiedenen Methoden behandeln; auf die Ätiologie und geschichtliche Darstellung werden wir nicht näher eingehen, verweisen aber besonders hinsichtlich des letzten Punktes auf das reichhaltige Litteraturverzeichnis.

Natürlich werden wir darauf verzichten müssen, auch nur annähernd alle die Methoden aufzuzählen, die jemals gegen Bubonen empfohlen und in Anwendung gebracht sind; wir werden uns darauf beschränken, die wichtigeren Behandlungsmethoden aufzuzählen, dabei soll unser Augenmerk lediglich auf die lokale, nicht die allgemeine Behandlung gerichtet sein. Methoden, wie die der allgemeinen Verquecksilberung des Körpers bei syphilitischen Leistendrüsenbubonen, desgleichen die sogenannten Präventivmethoden, wie Excision eines Ulcus molle etc., werden keine Stelle finden.

Zu den Methoden, die eine Eröffnung der Bubonen umgehen, also zu den unblutigen Methoden gehört die Behandlung mit Ruhe, kalten und warmen Umschlägen, Compressionsverbänden, Einreiben von Unguentum cinereum, Unguentum kalii jodati etc. Eine grosse Rolle hat immer das Jod gespielt; folgende Recepte teilt v. Zeissl[178] mit, die die irritierenden Eigenschaften des Jods vermindern sollen.

Rp.	Tinct. jodi	30,0
	Tinct. belladon.	10,0

M. S. Äusserlich.

oder Rp. Tinct. jodi 30,0
Tinct. gallar. 15,0
M. S. Äusserlich. (v. Siegmund)[72].

oder Rp. Jod. plumbi 5,0
Empl. Diachyl. comp. 50,0
Ung. Elemi q. s. ut f.
emplastrum molle.
M. S. Pflaster.

Mit Recht tritt aber das Jod heut bei der Behandlung immer mehr zurück, sehr vorteilhaft in frischen Fällen sind Umschläge von essigsaurem Blei, erneut, sobald sie warm geworden sind.

Rp. Alum. crud. pulv. 3,0—6,0
Plumb. acet. basic.
solut. 25,0
Aq. dest. ad 500,0
M. S. Äusserlich.

v. Zeissl empfiehlt auch die mit basisch essigsaurem Blei getränkten Compressen unter gleichzeitiger Druckanwendung („Bleicompression") zu gebrauchen.

Die Compressionsverbände empfiehlt Bradley Gaither[50] sehr angelegentlich. Es wurden Bubonen von ihm behandelt mit einem Compressionsverband, der aus Watte und fest angelegter Binde bestand. Er erzielte in mehr als 85 % der Fälle Heilung, wenn die Bubonen noch keine Neigung zur Eiterung zeigten. Die Verbände wurden alle 4—8 Tage gewechselt und die Kranken konnten ihrer Arbeit während der Behandlung nachgehen; die Schmerzen liessen nach 24 Stunden gewöhnlich nach.

Statt der Compressionsverbände werden auch Schrotbeutel und Sandsäcke gebraucht.

Auf den Wert und die Indicationen dieser und der anderen Methoden werden wir im zweiten Teil der Arbeit zu sprechen kommen.

Andere schon veraltete Mittel sind: Die Application eines Haarseils (Bonnafont) Crotonöl, eines heissgemachten Ziegelsteins (Regnault[53]), die Cautérisation ponctuée

(Daime[62]), wobei Einstiche mit weissglühenden Eisenstäben gemacht werden; gleichfalls das sogenannte Kerndlsche[66] Verfahren, das in Auflegung von Compressen mit Wasser, Mehl und schwarzer Seife bestand. Malapert[50] und Regnauld[53] empfahlen die Application einer starken Sublimatlösung (1 : 30) auf die durch ein Vesicans entblösste Haut während 36—48 Stunden. „Nachdem der gebildete Schorf sich gelöst hat, ist die Eiterhöhle verschwunden“ (sic!).

Zur Beschleunigung des eitrigen Zerfalls bedient man sich der Spiritusverbände, ebenso der heissen Sandsäcke, schliesslich auch einer Combination von feuchten Verbänden mit heissen Sandsäcken.

Dies waren die Methoden, die eine Eröffnung der Bubonen zu vermeiden suchen. Von den operativen Methoden sind einige, wie z. B. die Eröffnung mit Ätzpaste (Lindwurm[82]), gleichfalls veraltet; Punction und Schnitt dagegen, als wichtigste der ganzen Bubonenbehandlung überhaupt, müssen wir eingehend behandeln.

Die Punction ist die Abortivmethode par excellence, sie hat ausserordentlich viele Modificationen erfahren.

Sie ist schon seit langem bekannt und geübt (Vivefoy (1839)[85], Hullard (1892)[87] etc., als Methode aber systematisch angewendet und empfohlen ist sie erst von Vidal de Cassis[89] (1851). Dieselbe besteht darin, dass an einer oder mehreren Stellen Einstiche gemacht werden, um den Eiter unter möglichster Schonung der Haut herauszubefördern. Vidal empfiehlt, die Einstiche nicht an der Stelle der grössten Fluctuation und der stärksten Verdünnung der Haut vorzunehmen, sondern an der Peripherie der Geschwulst, die Spitze des Bistouri gegen das Centrum derselben richtend. Später soll die Geschwulst täglich einmal leicht comprimiert werden, ein Compressionsverband soll aber nicht angelegt werden. Schliessen sich die Punctionsöffnungen bei vorhandener Eiterfüllung zu früh, so soll die Punction wiederholt werden.

Vidal verlangt nun, dass dieser Einstich nur in das subcutane (periglanduläre) Gewebe gemacht wird, der Drüsenkörper selbst kommt nicht in Betracht; da-

gegen wandte sich nun Auspitz[109] und fixierte als „seine Methode“ das Eingehen in die Drüse selbst. Er spannt sich, sobald er die vergrösserte Drüse fühlen und umfassen kann, zwischen Daumen und Zeigefinger die Haut über derselben; sticht dann mit einem spitzen, schmalen Bistouri ein, nicht tiefer, als bis er auf die Drüsenkapsel kommt; dann entfernt er das Bistouri und geht mit einer dünnen Knopfsonde in die Wunde ein, ohne jedoch den durch die linke Hand ausgeübten Druck zu vermindern. Mit geringer Kraftanstrengung wird die Kapsel durchstossen, die Sonde dringt ins Innere der Drüse ein. Durch Hebelbewegungen der Sonde nach allen Richtungen durchtrennt er alsdann die bindegewebigen Septen im Innern der Drüse auf stumpfem Wege. Meist ergiesst sich dann auch, ohne dass eine Fluctuation nachweisbar war, ein kleines Quantum Eiter aus der Wunde. Unter stetem Festhalten der Drüse durch die linke Hand wird die Sonde herausgezogen, der Druck der linken Hand noch verstärkt und concentrischer gegen die Drüse gerichtet. „Fast immer erfolgt dann, ob nun Eiter entleert wurde oder nicht, eine sofortige Verkleinerung der Drüse unter den Fingern und Abnahme des Schmerzes. Nach Entfernung der linken Hand zeigt sich die Leistengeschwulst auf ein Geringes reduciert.“ Nachher macht er einen antiseptischen Verband, verbunden mit kalten Umschlägen.

Ähnlich sind die Empfehlungen, die Emanuel Cohn[93] für die Punction der Leistendrüsengeschwülste giebt, nur dass dieser vorschlägt, statt des Bistouri ein Troikar zu nehmen, um eine möglichst kleine Öffnung zu erzielen. Andere, vor allem Grünfeld[94] (1869) und neuerdings Hahn empfehlen, den Einstich mit einer Spritze vorzunehmen und eine Aspiration des Eiters anzuschliessen. Besonders diese Methode der Aspiration wird von vielen Autoren sehr gerühmt.

Alle diese Eingriffe, sei es mit Bistouri, Spritze oder Troikar, beschränken sich darauf, den Eiter zu entleeren oder den Druck innerhalb der Drüse herabzusetzen, ein von Prof. Lang[152—163] angegebenes Verfahren geht aber einen Schritt weiter und injiciert nach

erfolgter Punction Argentum nitricum. Auch sein Verfahren ist nicht ganz neu; denn schon vor ihm hatten Roux[114], Marchall, Lozetti, Wertheim (1868)[121], Jakubovics[122] (1875) u. a. Punction von Bubonen mit nachfolgender medicamentöser Injection vorgenommen, aber in der von ihm vorgeschlagenen Form ist es einfach und ohne jede Assistenz durchführbar.

Sobald es innerhalb der Drüse zu einem Abscess gekommen, punctiert er denselben mit der Spitze eines Bistouris an einer oder bei grösseren Abscessen an zwei Stellen; unter mässiger Compression wird der Eiter herausgedrückt und der entstandene Drüsenhohlraum durch eine 1 %ige Lösung von Argentum nitricum aufgebäht. Durch leichtes Streichen wird die Lösung in alle Nischen verteilt und dann zum Teil wieder herausgelassen. Hierauf wird ein Compressionsverband angelegt, nicht ohne vorher in den mit Contraincision versehenen Fällen ein Drain einzulegen. In 1—2tägigen Intervallen wird dann das Verfahren (Expression und Injection) wiederholt, bis keine Secretion mehr vorhanden ist. Diese pflegt schon nach der zweiten Injection abzunehmen und ihr Product, das anfangs rein eitrig war, ist chokoladefarbig, klebrig und dickflüssig geworden (zerfallene Erythrocyten, Leukocyten, Fibrin etc.), erst später macht es einem nur schwach blutig tingierten Serum Platz. Die Höhle wird immer kleiner, die Haut legt sich an und, fast ohne eine Spur zu hinterlassen, schliesst sich die Punctionsöffnung.

Der Autor betont, dass selbst in Fällen, in denen die Adenitisdecke bereits substantielle Veränderungen eingegangen war, sich zu einer papierdünnen Lamelle verdünnt hatte, das Verfahren anwendbar sei, dass sich die Haut nach der durch die Punction hervorgerufenen Entspannung wieder erholt und anlegt; auch empfiehlt er die Injection nicht nur in die punctierten erweichten Massen vorzunehmen, sondern auch in die Umgebung der festen Drüsensubstanz. Die durchschnittliche Heilungsdauer soll 5—10 Tage betragen.

Eine andere sehr vorteilhafte Abortivmethode ist die Injection von Jodoformvaseline. Das Jodoform, das 1874

durch Prof. Pick in Prag[139] in die Bubonenbehandlung eingeführt wurde, hat sich nach Meinung Picks fast als Specificum gegen diese Erkrankung erwiesen.

Nachdem es schon in der verschiedensten Form gebraucht worden war, veröffentlichte Fontan[139] im Jahre 1889 eine Methode der Behandlung eiternder Bubonen mit Jodoformvaseline. Derselben Methode bedienen sich auch W. K. Otis[140] und Hayden[141]. Letzterer giebt eine genaue Beschreibung dieser Methode in dem American Journal of Medical Sciences.

1. Das Operationsfeld wird rasiert und chirurgisch in der üblichen Weise gesäubert.
2. Einige Tropfen einer 4 %igen Cocainlösung werden in die Haut injiciert an der Stelle, wo die Punction vorgenommen werden soll.
3. Ein spitzes Bistouri wird an der prominentesten Stelle des Tumors eingestossen, bis der Eiter abfliesst.
4. Aller Eiter wird durch festen, aber vorsichtigen Druck entleert.
5. Die Abscesshöhle wird mit reinem Wasserstoffsuperoxyd irrigiert, bis die Spülflüssigkeit klar abläuft.
6. Dann wird mit Sublimatlösung 1 : 5000 irrigiert, von der alles sorgfältig herauszudrücken ist.
7. Die jetzt vollkommen gesäuberte Abscesshöhle wird vollständig gefüllt, nicht aber schmerzhaft gedehnt mit einer 10 %igen verflüssigten Jodoformsalbe mit Hilfe einer gewöhnlichen Glasspritze, die vorher durch Einlegen in warmes Wasser gewärmt war.
8. Ein kalter, feuchter Sublimatverband wird mit Hilfe einer ziemlich festen Spica angelegt; die Kälte bringt die Salbe zum Erstarren und verhindert sie so, in den Verband zu dringen.

Der Patient soll 24—48 Std. ruhig bleiben, nach 3—4 Tagen wird der Verband abgenommen und die Stelle untersucht. Hat sich wieder Eiter angesammelt oder ist trotzdem etwas von der Salbe herausgeschlüpft, so mag noch eine Injection gemacht werden. Im andern

Fall, wenn alles gut ist, wird der erste Verband durch einen Gazeverband ersetzt. Heilung in 8—10 Tagen.

So liesse sich noch eine ganze Reihe von Methoden aufführen, die aber im wesentlichen sich nur durch die Wahl der zu injicierenden Flüssigkeit unterscheiden, Carbolsäurelösung, Sublimatlösung, Hg. benz. (Schischa), Hg. sozojodolicum, Jodoform oder Borpulver in Substanz und anderes[121—129].

Besonders erwähnt werden muss aber die Methode der Injection von benzoesaurem Quecksilberoxyd nach Welander[145] ohne vorherige Punction. Es eignet sich dies Verfahren also mehr für solche Bubonen, die keine oder geringe Neigung zur Vereiterung zeigen.

Die von Welander benutzte Lösung hat folgende Zusammensetzung:

Rp.	Benzoat. hydrargyric.	1,0
	Chlorat. natric.	0,3
	Aq. dest.	100,0

Nach sorgfältiger Reinigung von Operationsfeld, Spritze und Nadel injicierte er von dieser Lösung an ein oder meist an zwei Stellen je $^1/_2$ ccm. Sogleich wurde der Bubo mit Watte, die in Sublimatlösung getaucht war, geschlossen und auf die Watte ein Druckverband gelegt, der täglich 2—3mal gewechselt wurde. War die Haut sehr rot und entzündet, so wurde sie mit Ichthyollösung (1 : 2—3) bepinselt. Nach der Injection hat sich der Patient ruhig, möglichst im Bett zu halten. Schmerzen und Empfindlichkeit, die in den ersten Stunden nach der Injection sich steigern, nehmen sehr bald ab, das Infiltrat vermindert sich, während gleichzeitig Fluctuation auftritt, die nach einigen Tagen abnimmt und schliesslich mit der Infiltration verschwindet.

Spietschka[146], der diese Methode ebenfalls mit Erfolg angewendet hat, empfiehlt statt der Sublimatverbände solche von essigsaurer Thonerde, da erstere sehr häufig zu Ekzemen Veranlassung geben; auch schlägt er vor, in Fällen, in denen eine entstehende Fluctuation nicht wieder verschwinden will, durch eine kleine Öffnung den Eiter herauszupressen und die Eiterhöhle durch einen Jodoformgazestreifen zu drainieren.

Ausgehend nun von der Ansicht, dass die bei Abortivbehandlung angewandten Flüssigkeiten weder antiseptisch noch secretionshemmend wirken können, glaubt Wälsch[128] annehmen zu dürfen, dass die Injection das wirksame Agens, die Wahl aber des injicierten Mittels unerheblich sei. Er injiciert daher physiologische Kochsalzlösung. Auch hier nehmen Schmerz und Druckempfindlichkeit nach anfänglicher Steigerung bald ab und seine Erfolge sind fast dieselben wie die Welanders.

Jetzt wenden wir uns zu der eigentlich chirurgischen, radicaleren Behandlung der Bubonen und berücksichtigen dabei hauptsächlich 2 Methoden, die der Incision mit nachfolgendem Cürettement und die eigentliche Radicaloperation, die Excision resp. Exstirpation der Drüsen.

Bei der Beschreibung der ersten Methode folgen wir der Darstellung v. Zeissls[29], die dieser in seinem Lehrbuch der Syphilis giebt:

Nach gründlicher Rasierung und Desinfection des Operationsfeldes punctiere man unter ständiger Irrigation von 2 % Carbolwasser oder 1 ‰ Sublimatwasser mittelst eines Spitzbistouris oder schneide präparierend in der Richtung der Inguinalfalte mit dem Scalpell ein. Er empfiehlt diese zweite Art besonders Ungeübteren, da es bei der ersten schon des öfteren vorgekommen ist, dass die Arteria cruralis angestochen wurde. Entleert sich aus der kleinen Wunde nicht sofort Eiter, so kann man dies dadurch befördern, dass man eine Knopfsonde mit ziemlich dickem Knopf einführt und mit derselben Drüsenkapsel und Drüsensubstanz zerreisst. Gleichzeitig mag man den kleinen Finger einführen, um zu controllieren, ob in der Tiefe sich ein grösseres pulsierendes Gefäss befindet. Ob Eiter vorhanden ist, merkt man sehr gut daran, dass bei Druck auf die uneröffnete Drüsenkapsel eine Stelle besonders schmerzhaft ist. Nachdem sich dieser entleert hat, erweitert man mit der geraden Scheere auf der Hohlsonde die Wunde und trägt auch vorteilhafter Weise sogleich die Ränder ab.

Nach Unterbindung der Gefässe wird die Wundhöhle mit dem scharfen Löffel cürettiert, nochmals mit 2 % Carbollösung irrigiert, gut mit Brunsscher Watte

oder Gaze getrocknet und mit Jodoform bestreut, „wie man Gebäck mit Zucker bestreut.“ Dann legt man einen feuchten Verband an und über diesen mit mässiger Compression eine Spica. Der Verband wird nach Bedarf gewechselt und die Wunde in bekannter Weise weiter behandelt. Man kann bei einigermassen willensstarken Personen die Operation mit Lokalanästhesie machen, da nur der Moment des Cürettements erheblich schmerzhaft ist, doch werden sehr viele, Ärzte sowohl wie Patienten, diesen kurzdauernden Schmerz gegenüber den Gefahren und Unannehmlichkeiten einer Narkose in Kauf nehmen. Es ist dies also unter dieser Voraussetzung auch eine Methode, die sich sehr wohl für den praktischen Arzt eignet, die nun folgende Methode der Radicaloperation ist aber ohne Narkose und geeignete Assistenz nicht durchführbar, wird also vorzugsweise nur in den Krankenhäusern Anwendung finden. Bei Beschreibung derselben richten wir uns nach den allgemein üblichen chirurgischen Grundsätzen.

Nach sorgfältiger Rasierung und Desinfection des Operationsfeldes wird ein Hautschnitt über die Höhe der Geschwulst und in der ganzen Ausdehnung derselben parallel dem Poupartschen Bande ausgeführt; alsdann wird die Haut möglichst auch die Fascie durch flache Schnitte von der Geschwulst getrennt. Die Geschwulstmenge liegt dann in Form eines mehr oder weniger rundlichen Knotens oder Klumpens vor uns, gewöhnlich mit zwei Ausläufern, dem einen — wenn wir von der linken Hüfte bei aufrechter Stellung des Menschen sprechen — nach oben und aussen, dem anderen nach unten. Gemäss den in Betracht kommenden Gefässen zerfällt der nun folgende Operationsact in 4 Abteilungen. Zuerst Lospräparieren der Geschwulstmassen von der Art. circumflexa il. superf., die entsprechend dem ersterwähnten Ausläufer nach oben und aussen verläuft, alsdann von der Epigastrica superf., die nach oben, von der Pudenda ext. superf. die nach innen und der Vena saphena, die nach unten verläuft. Grosse Vorsicht muss sowohl diesen Gefässen, als auch dem Samenstrang gegenüber, der fast regelmässig freigelegt wird, walten. Bei

Ausräumung der tieferen, subfascialen Drüsenpartie, die nun folgt, sieht man, ob auch die Rosenmüllersche Drüse afficiert ist. Auch hier ist eine gewisse Vorsicht nötig, da sich zuweilen nach Herausnahme der Drüse eine Hernie vorwölbt.

Die Ablösung geschehe entweder mit Schnitten, die gegen die Drüsenkapsel gerichtet sind, oder stumpf mit der geschlossenen Cooperschen Scheere; auch fürchte man sich nicht, sich event. der weniger aseptischen Finger zu bedienen, da doch auch die Drüsenkapsel gewöhnlich inficiert ist. Mit ganz besonderer Vorsicht muss vorgegangen werden, wenn die tiefe Drüsenpartie dicht auf oder neben der Vena femoralis liegt, z. B. an der Eintrittsstelle der Vena saphena. Eine Verletzung der Schenkelvene bleibt immer eine sehr unangenehme Complication, obgleich sie heute nicht mehr so gefürchtet zu werden braucht, wie früher in den sogen. vorantiseptischen Zeiten (s. u.) Die nunmehr gesetzte Wunde zu schliessen, sind viele Vorschläge gemacht worden. Das Naheliegendste ist natürlich, sie durch Nähte zu schliessen, dabei hat sich aber gezeigt, dass nur in den seltensten Fällen eine Heilung per primam eintritt. Man bediente sich deshalb der Methode der secundären Nähte, indem man nach 3—4 Tagen, wenn die Wunde sich gereinigt hatte, die Nähte anlegte; v. Nussbaum modificierte dies insofern, als er schon bei der Operation Seidennähte anlegte, die nach einigen Tagen geknüpft wurden.

Um die häufig sehr grosse Wundhöhle zu verkleinern, empfiehlt Neuber durch Knopfnähte die Haut mit dem darunter liegenden Gewebe zu vereinigen. Voraussetzung ist dazu, dass die Haut noch intact ist; andere suchen das gleiche Ziel durch Druckverbände zu erreichen. Schede empfahl, die Wundhöhle mit Blut zu füllen, doch hat diese „Methode des feuchten Blutschorfes“ wenig zu bedeuten, da einmal eine Wunde ohne Blutreste wohl nicht existiert und andererseits die nötige Voraussetzung des feuchten Blutschorfes: Asepsis der Wunde, doch meistens bei den Inguinal-Bubonen nicht zutrifft.

In den meisten Fällen wird man sich der Tamponade bedienen, die zugleich das Hineinhängen der Wundränder verhindert. In dem Masse als die Wunde sich mit Granulationen füllt, wird der Tampon verkleinert. Auf eine Eigentümlichkeit des ersten Tampons muss aufmerksam gemacht werden. Dieser saugt sich mit infectiösem Material gewöhnlich so voll, dass Temperatursteigerung selbst über 39° die Folge ist, die aber sogleich wieder abfällt, wenn der Tampon herausgenommen wird.

Wendet man übrigens die Naht an, die natürlich nur bei wenig inficierter Wunde möglich ist, so gebraucht man besser Drains statt Tamponade; resorbierbare Knochendrains werden mit Erfolg verwendet. In jedem Fall, sei es Tamponade oder Naht, wird man sich mit Vorteil des Jodoforms bedienen.

Der Verband muss aus gut porösem Material (z. B. Moospappe) bestehen, damit die Secrete freien Abfluss haben, was durch Hochlagerung der Extremität während der ersten Tage noch erleichtert wird. Auf diese Weise vermeidet man auch am besten das Auftreten eines Ödems. Ja selbst nach Unterbindung der Vena femoralis wird durch Hochlagerung des Beines Ödem und Gangrän vermieden, die nur dann auftraten, wenn durch Störungen in der Wundheilung oder sonstwie die Herstellung des Collateralkreislaufes verzögert wurde. (S. d. Zusammenstellung von Bergmann und Maass; citiert bei E. Albert, Lehrbuch der chir. Krankh. IV, 2. Aufl.).

Soviel von den Methoden selbst, jetzt zu ihrer Anwendung. Trotzdem wir nur die wichtigsten und brauchbarsten Methoden aufgeführt haben, befinden wir uns doch auch diesen gegenüber in einem embarras de richesse. Und doch werden sie alle unter geeigneten Umständen ihre Anwendung finden. Den wichtigsten Unterschied werden wir wohl machen müssen zwischen der Behandlung der zu sehr starkem Zerfall neigenden resp. der strumösen Bubonen und der der mehr gutartig verlaufenden. Aber wir wollen uns bei der Behandlung dieser Frage von vornherein darüber klar werden, dass nicht allein therapeutische, sondern auch

kosmetische und persönliche Rücksichten des Patienten erheblich mitsprechen. Trotzdem die Stelle der Leistendrüsen zu den bestbekleideten des ganzen Körpers gehört, so wird eine grosse Narbe in dieser Gegend doch hier und da als ein erheblicher Schönheitsfehler, als eine Art „Kainszeichen“ angesehen. Also die Vermeidung einer grösseren entstellenden Narbe soll möglichst erstrebt werden. Zu den persönlichen Rücksichten rechnen wir vor allem den Wunsch des Patienten, die ganze Behandlung möglichst unauffällig und „ohne Störung der Berufsthätigkeit“ durchzuführen; daher kommt es, dass derartig Kranke lieber zum praktischen Arzt oder zum Hautspezialisten gehen und sich von ihm behandeln lassen, als dass sie die Krankenhäuser oder die chirurgischen Polikliniken aufsuchen. Die zweite Forderung ist also die, dass die Behandlung ohne Aufsehen im Hause des Patienten oder ambulant vorgenommen werden kann, und dass sie der praktische Arzt ohne Schwierigkeiten durchzuführen vermag.

Dass diesen beiden Forderungen die grossen chirurgischen Eingriffe, so rationell sie auch sind, nicht genügen, liegt auf der Hand; wir werden uns denn an sie auch nur als ultimum refugium wenden und versuchen, zunächst ohne sie auszukommen.

Bekommen wir einen Bubo in Behandlung, der keine constitutionelle Ursache hat, hart ist und keine Fluctuation zeigt, so werden wir unter gleichzeitiger Behandlung des Primärherdes dem Patienten zunächst Ruhe empfehlen und ihn gleichzeitig Umschläge mit basisch essigsaurem Blei (Recept s. vorn) in Verbindung mit einem Schrotbeutel oder Sandsacke machen lassen.

Tritt unter dieser Behandlung nicht bald, in 2—3 Tagen, eine Besserung ein, so werden wir, um keine Zeit zu verlieren, uns einer anderen Behandlungsmethode zuwenden. Natürlich ist die rationellste und in vielen Fällen die am schnellsten zum Ziel führende Methode das Cürettement und die Radicaloperation. Aber nicht nur die obengenannten Rücksichten, sondern auch andere medizinischer Natur werden uns hindern, nun regelmässig diese chirurgischen Massnahmen zu bevor-

zugen. Dahin gehört die Gefahr und Unannehmlichkeit der Narkose und der Operation selbst, ferner das keineswegs so seltene Ulceröswerden der offnen Bubonen und speciell bei der Radicaloperation das Auftreten resp. die Neigung zu Ödemen der unteren Extremität, des Scrotums und des Präputiums. Die in der Litteratur betonte lange Behandlungsdauer (6 Wochen im Gegensatz zu den weniger eingreifenden Behandlungsmethoden, die nur 8—10 Tage erfordern) kann bei der Beurteilung des Wertes der einzelnen Methoden kaum herangezogen werden, da die chirurgisch behandelten Fälle durchgängig schwererer Natur waren. In der Schwere des Falles (stärkeres Fieber, schnell fortschreitender Zerfall, besonders an verschiedenen Stellen etc.) wird das Criterium der Wahl der Behandlungsmethode liegen. Finden wir, dass die Krankheit trotz unserer Behandlung (Ruhe, bas. essigs. Blei, Compression) schnelle Fortschritte in diesem Sinne macht, so werden wir nicht mit anderen Behandlungsmethoden Zeit verlieren, sondern werden den Patienten dem Chirurgen überliefern. Hierhin wird ein grosser Prozentsatz der Bubones ex ulcere molli, die etwa die Hälfte aller Bubonen ausmachen, gehören, da sie sich häufig durch einen besonders rapiden Verlauf und grosse Neigung zum Zerfall auszeichnen, ebenso die Bubonen, die in verschlepptem Stadium zu uns kommen, die strumösen Bubonen und schliesslich diejenigen, die sich gegen die conservativen Methoden refractär verhalten haben.

Eine interessante Stelle über die venerische Ursache der Bubonen findet sich bei Theophrastus Paracelsus (Anfang des 16. Jahrh.): „Was ausschlägt und räudig ist, non facit bubonem, sed was nit ausschlägt, attrahit, quidquid in membris est pruriginosum. Nemo timeat, quod bubonem accipiat, er fahr denn mit Frauen zu Acker“. Das ist nicht ganz richtig; es giebt bekanntlich auch Bubonen bei inficierten Wunden an dem betr. Lymphgefässbezirk; zuweilen ist die Eingangspforte gar nicht mehr nachzuweisen.

Ist der Verlauf aber kein so rapider, so werden wir uns mit Vorteil der anderen Methoden bedienen.

Bleibt der Bubo trotz der oben angeführten Behandlung hart, verkleinert er sich nicht, so können wir eventl. die Welandersche Behandlung versuchen, obwohl dieselbe nicht ganz die vorzüglichen Resultate giebt, die der Autor anfangs veröffentlichte; besser wird es sein, durch Spiritusverbände, heisse Sandsäcke oder die Combination von feuchten Verbänden mit heissen Sandsäcken die Eiterschmelzung zu beschleunigen und dann die anderen nun folgenden Methoden anzuwenden.

„Nimmt aber die Entzündung zu und zeigt sich schon auf der Höhe der Geschwulst Fluctuation, so kann von einer Resorption des Bubo keine Rede sein“ (Lesser[31a]). Wir werden also vor allen Dingen den Eiter entfernen, sei es durch Aspiration oder kleinen Einschnitt nach den Methoden Grünfeld oder Auspitz, oder wir bedienen uns, einen Schritt weitergehend, der Langschen oder der Jodoformvaselineinjections-Methode.

Dass auch die Langsche Methode Nachteile hat, soll nicht unerwähnt bleiben, vor allem wird hervorgehoben, dass sie erhebliche Schmerzen verursache, durch die Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit der Gewebe zu vermehrten Toxinen Anlass gäbe (Schwäche, Fieber), auch durch Bildung von Silberalbuminat und Chlorsilber die Mortification und damit die Abstossung der erkrankten Höhlenwand hindere; doch ist die Mehrzahl der Autoren mit dieser Methode sehr zufrieden; auch die in Deutschland weniger angewandte Methode der Ausfüllung der Abscesshöhle mit Jodoformvaseline verdient viel mehr Beachtung, neueste Arbeiten aus der Neisserschen Klinik nennen sie sogar die Bubonentherapie der Zukunft. Über den relativen Wert der drei hauptsächlichen conservativen Methoden geben die folgenden Tabellen Auskunft, die eine Vervollständigung der von Cedernkreutz gegebenen Tabellen sind.

Tabelle I.

Welandersche Methode.

	Anzahl		Erfolge	
	Bubonen	günstiger Erfolg	günstig in %	Heilungsdauer
Letnik	140	122	87,1	10
Welander	100	—	78,0	—
Thaler	33	—	47	—
Cedernkreutz	13	5	38,5	15
Spietschka	62	23	37,1	19
Yvinec	12	—	17	—
Brousse et Bothesat	10	—	10	—
	370		45 %	

Tabelle II.

Langsche Methode.

	Anzahl		Erfolge	
	Bubonen	günstiger Erfolg	günstig in %	Heilungsdauer
Bukowsky	111	94	84,7	15
Nobl	120	116	96,6	14
Cedernkreutz	66	50	75,8	13
	297		86 %	14

Tabelle III.

10 % Jodoformvaselineinjection.

	Anzahl		Erfolge	
	Bubonen	günstiger Erfolg	günstig in %	Heilungsdauer
Cedernkreutz	19	14	73,7	9

Tabelle IV.

Radicaloperation.

	Anzahl der Fälle	Heilungsdauer
Spietschka	87	42
Eckert	365	40
Ullmann ohne Naht	22	38
Bukowsky 1892	?	37
- 1893	?	35
- 1896	31	37
Ullmann ex ulcere venere mit Naht	16	37
- ex urethridi ohne Naht	4	36
- Adenitis fistulosa mit Naht	7	28
Cedernkreutz	74	35
Kümell	21	30
	627	36

Zusammenstellung.

Stellen wir noch einmal kurz die Hauptpunkte der Arbeit zusammen, so ergiebt sich folgendes:

1. Zunächst werden wir den Patienten mit Ruhe und feuchten Verbänden (basisch essigsaures Blei), auch eventl. mit Compressionsverbänden behandeln (Bleicompression).
2. Führt dies nicht zum Ziel, so befördern wir die Erweichung durch Spiritusverbände und heisse feuchte Verbände.
3. In $^3/_4$ aller Fälle führen die Langsche und Jodoformvaseline-Methode in etwa 2 Wochen zur Genesung.
4. Rapid verlaufende und strumöse Bubonen gehören den Chirurgen, die sie mit Cürettement oder Radicaloperation in durchschnittlich 6 Wochen heilen.

Zum Schluss erlaube ich mir, Herrn Prof. Dr. Köhler für die liebenswürdige Anregung zu dieser Arbeit und bereitwillige Unterstützung bei derselben meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

Litteratur.

Historisches und Allgemeines.

1. Astruc, De morbo gallico libri IX. 1740.
2. M. Jauberthon, Traité des maladies vénériennes. Paris 1766.
3. Benjamin Bell, A treatise on the theory and menagement of ulcers. Edinburgh 1778.
4. F. Swediaur, Practical observations on the more obstinate and interverate veneral complaints. London 1784.
5. J. M. Vetter, Dissertatio de morbis amatoriis. Erlangen 1787.
6. John Hunter, Abhandlung über die venerischen Krankheiten. Leipzig 1787.
7. Christoph Girtanner, Abhandlung über die venerische Krankheit. Göttingen 1788.
8. Vossius, Über die Lustseuche. Tübingen 1797.
9. P. Fabre, Traité des maladies vénériennes. Paris 1795.
10. J. D. Metzger, Über die vorteilhafte Curart der Bubonen. Hufelands Journal 1795, I, Stück 4.
12. H. Aug. Hacker, Litteratur der syphilitischen Krankheiten vom Jahre 1764 bis mit 1829. Leipzig 1830.
13. Fr. Alex Simon, Versuch einer kritischen Geschichte der örtlichen Lustübel und ihre Behandlung. III. Teil. Hamburg 1846, p. 146.
14. J. Louvrier, Nosographisch-therapeutische Darstellung syphilitischer Krankheitsformen. II. Aufl. Wien 1819. p. 172.
15. J. Nep. Rust, Helkologie. Wien 1811. Bd. 2, p. 33.
16. Ricord, Einige Betrachtungen über den Bubo und dessen Behandlung. Bull. gén. de thérap. 1843.
17. Wendt, Die Lustseuche in allen ihren Richtungen.
18. K. Szadeck, Über chirurg. Behandl. d. suppurierenden ven. Bub. Vierteljahrsschr. f. Derm. 1888.
19. Everett M. Culver, A classification of buboes and their respective treatment. Journ. of cutan. and genito-ur. Dis. New York. June 1888.
20. A. Suchow, Zur Behandlung d. Inguinalbub. Wratsch 1888.
21. Richter, Beh. d. Bub. Allg. Wiener med. Zeit. 24, 1893.
22. Griffith, A study of buboes und their treatment. New York Med. Journ. 1901, p. 278.

23. Lapowsky, Diseases of the inguinal glands and their treatment. New York Med. Journ. 1898, p. 557.
24. Cammerer, Die Behandlung d. Inguinalbubonen. Diss. Strassburg 1898.
25. M. Robinson, Zur Ätiologie u. Ther. d. Inguinalbubonen. Diss.. Berlin 1893.
26. A. Cederukreutz, Beiträge zur Kenntnis etc. Ther. d. Gegenw. 1902, p. 355.
27. Cornelius, Diss. Strassburg 1883.
28. Eckert, Diss. Berlin 1896.
29. Eulenburg, Realencyklopädie, 3. Aufl. 1894, Bd. 4, p. 176.
30. L. Jullien, Traité prat. des maladies vénériennes. Paris 1886.
31. Clifford Perry, The Etiology and treatment of veneral Buboes. Am. Journ. of med. Sciences, Bd. 112, p. 571.
31a. E. Lesser, Lehrbuch d. Haut- und Geschlechtskrankheiten, IX. Aufl. Leipzig 1896.

Essigsaure Bleibehandlung.

32. Ik. Proksch, Über die Behandlung der Bubonen mit essigsaurem Blei. Wien. med. Presse 1872, 40, p. 919.
33. Dietrich, Die Krankheitsfamilie Syphilis. Landshut 1842, II, p. 118.
34. Schmetzer, Schnelle Zerteilung der Bubonen. Med. Correspondenzblatt d. Württemberg. ärztl. Vereins 1832 Juni.
35. Fergusson, s. Compression.
36. H. Zeissl, s. Compression.
37. Patzelt, s. Compression.
38. Hlavac, Allgem. Wiener med. Zeitung 1878, p. 2, 3.

Compression.

39. Fricke, Annalen d. chirurg. Abt. des allg. Krankenhauses in Hamburg, 1828, I, p. 214 ff.
40. W. Fergusson, On the treatment of chronic Bubo by pressure. London medical gazette 1863, April.
41. Archives générales de médecine, 2. Série, II, 1833, p. 418.
42. Dictionnaire des sciences medicales, III, p. 340.
43. Hamilton, Dublin médical Journal 1847, May.
44. Handschuh, Die syphilitischen Krankheitsformen und ihre Heilung. München 1831. (Dagegen)
45. Behrend, Syphilidologie, Neue Reihe, 1857, I, Bd. 2, p. 184 f. (Dagegen)
46. Magliari, Osservatore medico di Napoli, 1833, Settembre. (Dagegen)
47. H. Zeisse, Zur abortiven und meth. Behandlung acuter u. lentescierender Leisten- und Schenkeldrüsengeschwülste. Wien. med. Wochenschr. 1872, 10.
48. Patzelt, Über Behandlung acuter und lentescierender Leisten- und Schenkeldrüsengeschwülste etc. Wien. med. Wochenschr. 1873, p. 413—442.

49. Unna, Compressionsverb., M. f. prakt. Derm. 15/5 1895.
49a. A. Bradley Gaither, The abortive treatment of acute suppurative adenitis by pressure bandage. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VII, 64, p. 137. July 1896.

Vesicantia.

50. Malapert, Arch. gén. de médecine 1832, Mars.
51. Cullerier, Praktische Untersuchungen über die Behandl. d. Syph. etc., p. 132—138.
52. Ricord, Journal des connaissances méd. 1834, Janvier.
53. Regnault, Ebenda, 1834, Octobre.
54. Langston Parker, The modern treatment of syph. diseases. London 1839. Cap. 177.
55. Henrotay, Annales de la société méd. de Gand, IV, p. 402.
56. Conway, Lancet 1877, II, p. 159.
57. Bollingal, The american Recorder of original papers. Philadelphia 1821.
58. Guérin, Bulletin gén. de thérapeutique, 1861, LX, Juin, 495.
59. Netter, Gazette méd. de Paris 1862, 1.
60. Nicaise, Ebenda, 1871, 17.
61. Buisson, Gazette hébdomadaire de méd. et chir. 1855, 49.

Cauterisation.

62. Daime, Journal des connaissances méd. 1839, Août.
63. Arcari, Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 1885, p. 358—359.

Elektrischer Strom.

64. Dietrich, s. Essigs. Blei.
65. Tomaschewsky, Wratsch 1883, 52 (russisch) und Sitzungsbericht der med. Gesellschaft zu Kiew 1883/84, p. 12—13 (russisch).

Kerndlsche Behandlungsmethode

(Compressen aus Wasser, Mehl und schwarzer Seife).

66. J. L. Kerndl, Chir.-prakt. Abhandlung über die venerische Drüsenbeule. Wien 1799.
67. A. L. Richter, Über d. Behandl. syphil. Drüsengeschw. mittels d. Kerndlschen scharfen Umschläge. Horns Arch. 1824, II, p. 299.
68. F. L. Koeve, Dissertatio de bubone syph. Rostockii 1828.
69. Rust, citiert in Hacker, s. Historisches.

Jodtinctur, Jodcollodium (äusserlich).

70. Lallemand, Ephémérides méd. de Montpellier 1826, Vol. I, Janvier.
71. Kopff, Du traitement de l'adénite syph. etc. Thèse Strassbourg 1854.

72. Sigmund, Canstatts Jahresbericht etc. Würzburg 1856. IV. Band, p. 305.
73. Petersen, Monatshefte f. prakt. Derm. 1883, 10.

Inj. von Extractum alcoholicum Silphii cyrrenaeici.

74. Auzias-Turenne.
75. Glück, Przeglad lekarski. Kraków 1880. 20—22.
76. Zarewicz, Ebenda, 1880, 23.
77. Klink, (dagegen), Ebenda, 1880, 35—37.
78. C. M. Anthofer, (dagegen), Zur Ther. d. Adenitiden. Allgem. Wiener med. Zeit. 1882, 20, p. 220.

Spontaner Durchbruch.

79. Swediaur, s. Historisches.
80. Carmichaël, Behrends Syphilodologie, Alte Reihe, 1843, Bd. V, p. 54.
81. Girtanner, s. Historisches.

Ätzpaste.

82. Lindwurm, Wilh. Miehr, Mitteil. aus d. Klin. für syphil. u. Hautkrankh. d. Prof. Dr. Lindwurm, 1864, p. 49.
83. Hunter s. Historisches.

Scarification, mehrfacher Einstich.

84. Galen, Methodus medendi libri XIV. Cap. 5, X, p. 880 ff.
85. Vivefoy, De l'avantage des ponctions par les piqûres multiples. Journal des connaissances méd. 1839, Octobre.
86. Champonnière, Du traitement local des bubons etc. Journ. de méd. et chir. 1840, Août.
87. Hullard, Des ponctions multiples dans le traitement des bubons etc. Bulletin gén. de thérapeut. 1841, XXI, Août.
88. Müller, Bemerkungen über d. syph. Bub. etc. Prager Vierteljahrsschr. 1845, IV.
89. Vidal de Cassis, Traitement local de bubons etc. Ann. des maladies de la peau 1851, IV, p. 25.
90. H. Hölder, Lehrbuch d. ven. Krankh. Stuttgart 1851. p. 432.

Einmaliger Einstich.

91. H. Bonosden, Die Syphilis. Berlin 1834. p. 300—302.
92. Maréchal de Calvi, Mémoire sur le traitement du bubon. Ann. de chir. 1841, Jan.
93. Eman. Kohn, Über Behandlung der Bubonen durch Punktion. Vierteljahrsschr. f. Derm. 1871, p. 225—241.

Aspiration.

94. Grünfeld, Subcutane Behandl. d. Bub. durch Auspumpen d. Eiters. Wien. med. Presse 1869, 4.
95. Tomowitz, Über subcutane Behandl. etc. Wien. med. Presse 1869, 40.

96. De Pileur } citiert Eulenburg, Realencyklopädie, 1885,
97. Dieulafoy } III. Bd., p. 559.
98. Moritz Mandl, A bujakóros mirigytalys gyognitasa kiszivattynzas altal. Gyogyaszat 1882, 10.
99. Perez Caballero, La aspirazion y las inpecciones parenquimatosas en el tratamiento de los bubunes. Revista espec de oftalm. dermat. sifil. y afecciones urinarias XI, No. 110, p. 433—438.

Kleine Incision.

100. Dietrich, s. Essigs. Blei.
101. Strunz, Behrends Syphilidologie, Alte Reihe, 1839, I, p. 149.
102. Cooper, Ebenda, 371.
103. Esterle, Ebenda, 1840, II, p. 71.
104. A. Colles, Prakt. Beobachtungen über die vener. Krankh. Übersetz. von Simon. Hamburg 1839. p. 104.
105. H. Desruelles, Traité practique des maladies vénériennes. Paris 1837.
106. H. Mayo, Treatise of Syph. London 1840.
107. W. Petters, Beiträge zur Lehre d. eiternden Bubon. Prager Vierteljahrsschr. 1865, XXII, 2.
108. A. Geigel, Geschichte, Pathologie u. Therapie d. Syph. Würzburg 1847. p. 180.
109. Auspitz, Vierteljahrsschrift f. Derm. 1873, p. 492 f. Wiener med. Zeit. 1873, p. 492.
110. Trnka, Behandl. eitr. Bubonen mit subcutaner Durchspülung. Wien. med. Wochenschr. 9, 1893.
111. Lapowsky, (kleiner Schnitt, Borpulver), Über Atiol. u. Ther. d. Bub. Deutsch. Centralblatt für Harn- und Sexualorg. VIII, p. 450.
112. Dr. Autier, (do.), Am. Journ. of Med. Sciences 1882, Bd. 84, p. 293.
113. Deutsch, Über die Ätiologie und Therapie der Bubonen. Centralbl. f. Harn- u. Sexualorg. 1897, No. 7 und 8.

Punction und Injection von Jodtinctur.

114. Roux, Arch. f. Syph. u. Hautkr. 1847, II, 3. 466—469.
115. Milton, Lancet 1853.
116. Hause, Quelques considérations sur le bubon vénérien etc. Paris 1858.
117. Eiber, Wiener med. Wochenschr. 1860, 38.
118. Broca, Bull. gén. de Thérapeutique 1856, LI, 208.
119. Lebert, Wr. med. Wochenschr. 1858, No. 43.
120. Teackle, Medical record 1871, VI, 344.

Injection anderer Mittel.

121. Wertheim, (Morphiumlös., Kampheremuls., Aq. creosoti, Kupfervitriol, Calcaria chlorata), Wiener med. Wochenschr. 1868, 85—87.

122. Jakubowitsch (Jodkali), Wiener med. Presse 1875, 3,4, Vierteljahrsschr. für Derm. 1875, p. 360.
123. Eichstorff, Behandlung der Bub. mittelst Inj. von Jodoformäther. Thèse. Paris 1889.
124. Scott Helm (Jodoformglycerin) s. Jodoformvaseline.
125. Mannino (Sublimat), citiert Wr. med. Presse 1887, p. 1617.
126. Rondelli (Terpentinöl), D. Z. f. Ch. 25, 1895.
127. Dubujadoux, A. med. mil. 8, 1896 (Salol camphré jodoformé).
128. Wälsch (NaCl-Lös.). Wr. med. Pr. 1895, Arch. f. Derm. 42 und 54,1.
129. Grundfest (do. ungünstig), W. m. Woch. VIII, 1898.

Injection von Carbolsäure.

130. Boeckh, Tijdskrift for praktisk medicin. Christiania 1881, 9,10.
131. Scott Holm, Northwestern Lancet 1886, Okt. Vierteljahrsschr. f. Derm. 1887, p. 380.
132. Waller, London medical Record. 1879, Aug.
133. Taylor, American Journal of med. science. 1881, Dez., 1882, April.
134. Feokistow, Vierteljahrsschr. f. Derm. 1883, p. 648.
135. Harvey, Medical News. Philadelphia 1886, p. 98. Vierteljahrsschr. f. Derm. 1896, p. 904.

Jodoformvaseline.

136. Pontam, Rapid cure of buboes by the injection of J. V. The journal of the Amer. Association. 25. Jan. 1890.
137. Scott Helm (Jodoformglycerin), Chicago Med. Journ. and Examiner 1886, LIII, No. 3.
138. v. Eichstorff (Jodoformäther), s. Inj. and. Mittel.
139. Fontan, Espieux: Thèse de Montpellier, April 1889. Arch. de Med. navale 1889, LII, 5.
140. W. K. Otis, Journ. cut. and genito-urin. Dis. May 1893.
141. James R. Hayden, Jodoform-ointment injections in the treatment etc. Am. Journ. of Med. Sciences 1895, Bd. 110, p. 519.
142. Rullier, Arch. de med. 3, 1895. Injektion von J. V.
143. Heuric, Bord. 94, Inj. von J. V.
144. Béla Somogyi (Jodoformglycerin), Beitrag zur Behandlung der Bubonen. Pester med.-chir. Presse 1898, p. 583.

Welander.

145. Welander, Arch. f. Derm. 1891.
146. Spietschka, Arch. f. Derm. 1892, XXIV. Ergänzungsheft, p. 63.
147. Brousse, Botherat (ungünstig).
148. Letnick, Zur abortiven Behandlung d. Bub. Arch. f. Chir., 41, 1892.
149. Thaler,

150. Thorn, Beh. d. inguinalen Bub. mit Hg. benz. ox. D. m. Woch. 1897, No. 32.
151. Landsgaard, Hosp. tid. 39, 1901. Abortiv-Behandlung der Bubonen.

Lang.

152. Nobl, Behandlung nach Lang. Wr. med. Wochenschr. 36, 37, 1894.
153. Block, Über Bubonen-Behandlung. D. W. 16./5., 1895.
154. Laub, Behandl. nach Lang. Wr. med. Woch. 9—16, 1894.
155. Piasecki, Beh. d. Bub. nach Lang. Pr. Roum. 25./4., 1895.
156. Hobe, D. med. Woch. 28, 1895.
157. Lehner, Sem. méd. 1896, p. 516.
158. Bukowsky, Beh. d. Bubonen. Wr. med. Woch. 2, 1897.
159. Yvinec,
160. Königsfeld, M. 96.
161. Nobl, Verhandl. d. Wiener dermat. Gesellsch., 22. Nov. 1893, Arch. f. Derm. XXVII, p. 88.
162. S. Cordier, Sur le traitement du bubon. Lyon. méd. vol. LXIII, 1890, p. 109.
163. Buschke, Über Bubonenbehandlung. Ther. d. Gegenw. 6, 1899.

Breite Incision.

164. L. V. Lagueau, Traité pract. des maladies syph. Paris 1828, I, p. 229/30.
165. Rust, Aufsätze und Abhandlungen. I. Band, p. 65.
166. P. Baumès, Précis théorique et pratique sur les maladies vén. Lyon 1841.
167. C. F. Skey, A pratical treatise ou the veneral dis. London 1840.
168. Reder, Path. u. Ther. d. ven. Krankh. Wien 1863, p. 208.
169. van Swieten, commentarii in H. Boerhave aphorismos de cognoscendis et curandis morbis Lugduni Bataviae 1772, Vol. V, p. 497.
170. Ricord, Behrends Syphilidologie, Alte Reihe, 1841, p. 549.
171. Wallace, ebenda, 1842, Ergänzungsheft, p. 312.
172. Habel, ebenda, 1843, V, p. 457.
173. Fr. A. Simon, Ricords Lehre von der Syph. kritisch beleuchtet, Hamburg 1851, I, p. 157.
174. Boulogne (nach Incision Druckverband). Recueil des mémoires de méd. mil. III. Serie, XIX, 1867, Octobre, p. 306.
175. Dr. Woodward, U. S. Marine Hospital Report. 1892.
176. Huguet, Schmidts Jahrb. 258, p. 138.

Incision. Curettement.

177. Szadek, Journal of Cutaneous and Genito-urinary Dis. Sept. 1886.
178. v. Zeissl, Eulenburgs Realencyklopädie, 3. Aufl., 4. Bd., p. 188.

179. Szadeck, Behandl. der suppurativen ven. Bub. Vierteljahrsschr. f. Derm. 1888, p. 207.
180. Mermet, Behandl. vereit. Bub. mit Auskratzung und Naht. Sem. méd. 94, 284.
181. Brandl, Zur rationellen Ther. der Lymphadenitis ing. supp. Wiener med. Blätter 1899, p. 581.

Breite Incision, Listerscher Verband.

182. Lang, Zur Therapie der Drüsenvereiterungen. Vierteljahrsschr. f. Derm. 1870, p. 123.
183. H. M. v. Zeissl (Chlorzinkvorbehandlung), Lehrbuch der Syph. 1882, p. 258.
184. Paschkis, Vierteljahrsschr. f. Derm. 1879, p. 423.
185. Starke, Ebenda, 1878, p. 128.
186. Wagner (Königshütte), Die frühzeitige antisept. Behandlung d. Bub. Breslauer ärztl. Zeitschrift 1879, 10. Vierteljahrsschr. f. Derm. 1879, p. 614.
187. Fleischer, Verhandl. d. med. Gesellsch. zu Kiew 1879/80, p. 91—96 (russisch).

Breite Incision, Jodoformverband.

188. Profeta, Ann. de derm. et syph. 1873, 1874, 6.
189. F. J. Pick u. Lažansky, Vierteljahrsschr. f. Derm. 1875, p. 294—300.
190. Martini, Schmidts Jahrbücher 1876, 10, CLXXII, p. 32.
191. A. Caramiti, Della cura delle varie specie di adeniti veneree Giorn. ital. delle malattie ven. et della pelle 1875, p. 294 bis 304.
192. Fr. Mraček, Beitrag zur Entstehung etc. Wiener med. Presse 1879, 36.
193. Güterbock, Beitrag zur Jodoformbehandlung. Berl. klin. Wochenschr. 1881, 39.
194. O. Petersen, Dauerverband bei der Bubonenbehandlung. St. Petersburger med. Wochenschr. 1881, 52, Monatshefte f. prakt. Derm. 1883, 10.
195. Gschirhakl, zur Behandlung der Bubonen. Wiener med. Wochenschr. 1882, 15, 16.
196. Tüngel, Deutsche med. Wochenschr. 1882, 25, p. 345.
197. Paveč, Zur Behandlung der Bubonen. Wiener med. Wochenschrift 1882, 36.
198. A. Kriser, Jodoform Kezelt egynehany dob esete Gyógyaszat 1882, 28, pag. 481.
199. Neumann, Jodoform gegen Syph. Allg. Wiener med. Zeit 1883, 31, 32, Bericht der I. Abt. f. Syph. d. W. K. K. allg. Krankenh. p 1883, Wien 1885, p. 43.
200. Lassar, Über Bubonenbehandlung. Monatshefte für prakt. Derm. 1883, 12.
201. Tarnowsky, Vierteljahrsschr. f. Derm. 1883, p. 395.
202. Pokrowsky, Centralblatt f. Chir. 1883, p. 46.

203. Zeissl, Allg. Wiener med. Zeit. 1883. 21.
204. Janowsky, Beiträge zur Path. u. Ther. d. Schankerbub. Ebenda 1885, 7.
205. Edm. Lesser, Geschlechtskrankheiten, Leipzig 1886, p. 75.
206. Bockhart, Monatshefte f. prakt. Derm. 1886, I, p. 46, 47.

Methode der totalen Excision.

207. Kümmel, Centralblatt f. Chir. 1882, 52.
208. Jawdynski, O Leczeniu dymievec pachwinowych. Warszawa 1885.
209. O. Petersen, Die Antiseptik auf dem Gebiete der ven. Krankh. Deutsche Medizinal-Zeitung 1885, 46, p. 9.
210. Thomas J. K. Morton, Radical treatment of Suppurating inguinal glands. Medical News, Dez. 1888.
211. W. B. Platt, Surgical Diseases of the inguinal glands and their treatment. Med. Bullet. May 1888.
212. v. Mosetig-Moorhof, Zur Technik der Exstirpation vereiterter Lymphdrüsenpaquete. Wr. med. Presse, No. 1, 1891.
213. H. G. Klotz, Über die Entwicklung der sogenannten strumösen Bubonen u. die Indik. deren frühzeitiger Exstirpation. Berl. klin. Wochenschr. No. 6—8, 1890.
214. Legal, Über chirurg. Behandlung d. Leistenbub. Sitzungsberichte der med. Ges. zu Tiflis 1887.
215. Poelchen, Beiträge zur Path. u. chir. Behandl. d. Bub. d. Leistengegend. Berlin 1890.
216. Ullmann, Zur Pathogenese u. Therapie der Leistendrüsenentz. Wr. med. Wochenschr. No. 4, 1891.
217. Zehnder, Wundrandhautfaltennaht nach Ausräumung von Bubonen. Arch. f. Chir. 40, 1892.
218. Lauenstein, Die typische Ausräumung d. Bub. Deutsche Zeit. f. Chir. 35, p. 575.
219. Orvil Horitz, Behandl. eitr. Bubon. N. Y. R. 7. I. 93.
220. Salomon, Beiträge zur Chir. d. Bub. Clin. chir. (11, 93) (ital.)
221. Andry, Ch. et Durand V., Sur le bubon et son traitement Gaz. hebdom. de méd. et chir. 1897, No. 60, p. 709.

Thesen.

I.

Bei Behandlung der Leistenbubonen ist in erster Linie auf die sogenannten abortiven Methoden Rücksicht zu nehmen.

II.

Die Deutschmannsche Theorie der sympathischen Augenentzündung ist unzureichend.

III.

Die gesetzlichen Bestimmungen den Kurpfuschern gegenüber sind unzureichend.

Lebenslauf.

Verfasser der Arbeit, Curt Adam, evangelischer Confession, Sohn des Kaufmanns Franz Adam, wurde am 11. Mai 1875 in Berlin geboren. Er besuchte daselbst das Luisenstädtische Gymnasium, wo er am 17. September 1895 das Zeugnis der Reife erlangte. Während des Wintersemesters 1895/96 und des Sommersemesters 1896 besuchte er die Universität Marburg, wo er im ersten Semester Jura, im zweiten Medicin studierte. Sodann war er acht Semester in Berlin immatrikuliert und bestand dort am 5. März 1898 die ärztliche Vorprüfung. Während dieser Zeit hatte er das Glück, 2 Jahr als Coassistent und Amanuensis des Herrn Geh.-Rat v. Leyden und $1\frac{1}{2}$ Jahr im Pathologischen Institut der Universität unter specieller Leitung des Herrn Privatdocenten Dr. Oestreich thätig zu sein und sich 3 Monate als Hauspraktikant an der Frauenklinik zu beschäftigen. Nach Beendigung seines Studiums hielt er sich $1\frac{1}{2}$ Jahr teils als Patient, teils in ärztlicher Function in Lungenheilstätten in Arosa und Davos (Schweiz) auf.

Nach Deutschland zurückgekehrt bestand er am 28. Juli 1902 das medicinische Staatsexamen in Freiburg i. Br.

Nach demselben unternahm er eine mehrmonatliche wissenschaftliche Reise nach Russland. Zur Zeit ist er als Volontär an der Universitäts-Augenklinik (Director Geh.-Rat v. Michel) thätig.

Während seines Studiums besuchte Verfasser die Vorlesungen Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

In Marburg: Gasser, Meyer, Zinke, Zumstein.

In Berlin: Baginsky, v. Bergmann, du Bois-Reymond (†), Engelmann, Fischer, A. Fränkel, Gerhardt (†), Hansemann, Hertwig, Heubner, Jolly, Koblanck, Lexer, v. Leyden, Liebreich, Michaelis, Munk, Oestreich, Olshausen, Rosin, Rubner, Schaudinn, Schultze, Schweigger, Silex, Sonnenburg, Strassmann, Waldeyer, Warburg.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen verbindlichsten Dank aus.